Dear Parent and/or Health Care Provider, Date_____

_____attends child care and is in _____classroom.
Child's full name Age Group

Arizona Child Care Regulations (R9-5-515) requires that all licensed child care programs NOT permit a child to remain at the facility if a staff member determines that a child is showing signs of illness or infestation, especially if two or more symptoms are observed at the same time.

To limit the spread of communicable disease and comply to Arizona Regulations, a visit to a Health Care Provider for diagnosis or recommendations for treatment *may be requested* by the program. Not all health conditions require a Doctor's visit, however, *a child will be excluded when symptoms of contagious illness or infestation are observed.*

A child may return when *fever free for 24 hours without the aid of a fever reducer* and/or when the symptoms have subsided or when the threat of contagious disease spread is over.

Staff (Name)_____has observed the following symptoms over a period of: ____ Hours ____ Days

Indicate all that apply with a ✔ and complete information requested.

❑ Fever of 101° by mouth or ear probe or 100° under the arm (Use a digital thermometer) Temperature_____

❑ Rash on _____How long? ____# hours ____ #days Severe itching? Yes No
Where on body?

Circle Rash Color & Appearance: Light- Pink Red-"dotted" Red-blotchy Blisters Bleeding

❑ Coughing with thick (white, yellow or greenish) mucus from: Nose Throat Lungs

❑ Difficulty breathing? Yes No Red, watery eyes, wheezing, many episodes of sneezing, "runny nose."

❑ Two or more (____#) episodes of loose or watery stools (diarrhea) within _____hours.

❑ Complaints of "tummy ache", " not eating" or vomiting. (____# in ____hours)

❑ Complaints of pain_____How long?_____ Pulling at the ears?_____
Where on body? Right Left Both

❑ Very tired? Fainting? Change in typical activity level. Explain_____How long?_____

❑ Injuries? Redness Welts Bleeding Bruises Cuts Swelling _____
Circle any that apply Where on body?

Has a fall or injury occurred recently? Explain_____

If a Health Provider visit is requested, please complete this information

DIAGNOSIS_____DATE of VISIT_____MEDICATIONS? Yes No

RECOMMENDATIONS?_____

Estimado Padre/Madre y/o Prestador de Atención Médica, Fecha _____

_____ asiste a la guardería infantil y está en el Salón de clases _____
Nombre completo del niño Grupo de Edad

El reglamento de Guardería Infantil de Arizona (R9-5-515) requiere que todos los programas con permiso de guardería infantil NO permitan que un niño permanezca en las instalaciones si un miembro del personal determina que muestra signos de enfermedad o infestación, especialmente si se observan dos o más síntomas al mismo tiempo.

Para restringir la propagación de una enfermedad contagiosa y cumplir con el Reglamento de Arizona, el programa *puede exigir* una visita a un Prestador de Atención Médica para que realice un diagnóstico o recomiende un tratamiento. No todos los trastornos de salud requieren una visita al Doctor, sin embargo, *se excluirá al niño cuando se observen síntomas de enfermedad o infestación contagiosa.*

El niño puede volver cuando no presente fiebre durante 24 horas sin la ayuda de medicamentos que disminuyan la fiebre y/o cuando hayan desaparecido los síntomas o termine la amenaza de propagación de la enfermedad contagiosa.

Miembro del Personal (Nombre) _____ ha observado los síntomas siguientes durante un período de: _____ Horas _____ Días (Marque lo que proceda con √ y proporcione la información requerida.)

☐ Fiebre de 101º mediante toma de temperatura por sonda en la boca u oído o 100º bajo el brazo (Use un termómetro digital) Temperatura _____

☐ Salpullido en (¿En qué parte del cuerpo?) _____ Duración _____ # de horas _____ # de días
¿Comezón severa? Sí No

Encierre en círculo el color y apariencia del salpullido:
Rosa Pálido "Mancha" Roja Lleno de Ronchas Rojas Ampollas Sangrado

☐ Tos con mucosidad (blanca, amarilla o verdosa) espesa de: Nariz Garganta Pulmones

☐ ¿Dificultad para respirar? Si No Ojos rojos, llorosos, jadeo, muchos incidentes de estornudos, "escurrimiento por nariz."

☐ Dos o más (_____#) incidentes de defecaciones sueltas o acuosas (diarrea) en un período de _____ horas.

☐ Se quejó de "dolor de barriga", "no comer" o vómito. (_____# en _____ horas)

☐ Quejas de dolor _____ Duración _____ ¿Se jala las orejas? _____
(¿En qué parte del cuerpo?) Derecha Izquierda Ambas

☐ ¿Muy cansado? ¿Desmayos? Cambio de nivel de actividades típicas. Explique _____
Duración _____

☐ ¿Heridas? Enrojecimiento Cardenales Sangrado Magulladuras Cortadas (Encierre en un círculo cualquiera que proceda)
Hinchazón _____
¿En que parte del cuerpo?

☐ ¿Ha ocurrido recientemente una caída o herida? Explique _____

En caso que se solicite la visita de un Prestador de Atención Médica, llene por favor esta información

DIAGNÓSTICO _____ FECHA DE VISITA _____ ¿MEDICAMENTOS? Si No

¿RECOMENDACIONES? _____